#55

PHARe

LE JOURNAL DU SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS ÉLARGI

SOCIÉTÉ

Le SNPHAR-E à la rencontre des sénateurs



Temps de travail additionnel : **remettons les pendules à l'heure !**

DÉCEMBRE 2010

LE SITE DU SNPHAR-E : HTTP://WWW.SNPHAR.COM

FOCUS : ASTREINTES MÉDICALES À L'HÔPITAL

SOMMAIRE



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction : La présidente du SNPHAR-E
Rédacteur en chef : M.-A. Doppia
Comité de rédaction : B. Mas - L. Heyer P. Ménestret - Y. Rébufat

Éditeur : Ektopic
58 rue Corvisart • 75013 Paris • 01 45 87 77 00
Directeur de publication : C. Mura
Directeur de rédaction : A. le Masne
Secrétaires de rédaction : C. Huzer - L. Almela - E. Pasquier
Publicité : C. Mura • cmura@ektopic.com
Impression : Imprimerie Léonce Deprez
Crédit photos : istockphoto



NIER LES PROBLÈMES N'EST PROBABLEMENT PAS LA MEILLEURE MANIÈRE DE LES RÉSOUDRE !

Comme prévu, la rentrée fut agitée. Les journées de grève et de manifestation se sont succédées pendant plus d'un mois, au rythme de l'évolution de la réforme des retraites. Depuis bien longtemps, notre pays n'avait pas connu un mouvement social de si grande ampleur.

Le SNPHAR-E n'a pas ménagé ses efforts. En vain. Nous nous sommes battus pour la prise en compte de la pénibilité de nos métiers, intrinsèquement liée aux gardes, aux astreintes et aux horaires dépassant non seulement la moyenne hexagonale, mais aussi la norme légale européenne garante d'un équilibre satisfaisant entre la vie professionnelle et la vie familiale.

Nous avons rencontré députés, sénateurs et journalistes. Nous avons présenté les études scientifiques et les projections démographiques. Nous avons tenté de faire comprendre le mal être de tous les travailleurs de l'hôpital public. Nous avons même écrit et proposé des amendements... En vain. La loi est promulguée et nous devrons continuer à travailler, de jour comme de nuit, jusqu'à 67 ans.

Pourtant, la plupart de nos interlocuteurs – probablement déjà renseignés – ont semblé réceptifs à notre argumentaire, voire à nos propositions. L'histoire était donc certainement déjà écrite depuis bien longtemps !

Mais ce juste combat ne pourra rester vain indéfiniment, nous avons marqué les esprits et pris date pour le futur. Nous ne désarmerons pas, car les problèmes sont légion.

La transformation de notre cadre de travail, imposée par la loi HPST, devra nécessairement s'accompagner d'une évolution de notre statut que l'empilement du mille-feuille réglementaire a rendu par endroits incompréhensible et injuste.

Le productivisme exigé par nos directeurs au nom de la sacro-sainte T2A, et redoutablement orchestré par l'ANAP au sein des blocs opératoires, ne pourra continuer à faire fi de la qualité de notre travail, de l'intérêt que nous y trouvons et de notre santé.

La transformation de gardes en astreintes, louée par certains directeurs d'ARS, croyant à tort – par un tour de passe-passe réglementaire dont seule la France a le secret – pouvoir échapper à l'application du repos quotidien et donc maintenir l'offre médicale de jour au mépris de la réglementation communautaire, est inacceptable. La réglementation sur l'astreinte doit impérativement être revue et corrigée !

Jamais l'hôpital public n'a eu tant de peine à recruter et à maintenir les effectifs médicaux. Pourtant, personne ne s'est encore demandé pourquoi...

Yves RÉBUFAT
Secrétaire général du SNPHAR-E

2011 : année stratégique pour le SNPHAR-E

Parution des décrets d'HPST, réforme des retraites… l'année qui vient de s'écouler, loin de nous avoir épuisés, a encore renforcé notre conviction de l'importance d'un syndicalisme responsable, ouvert et force de proposition.



Beaucoup de chemin a été fait en 2010, année riche en événements, discussions et rencontres que vous pourrez retrouver dans notre « carnet de route » (cf. page 8). Il est toujours difficile de constater qu'un mouvement fort et juste n'est pas suivi d'effets tangibles. Il n'a pas été apporté de réponse à notre préoccupation clairement exprimée de prise en compte de la pénibilité liée à nos métiers, soit. Changeons de langage.

Le nouvel hôpital HPST, sa novlangue, ses mots interdits

Nous avons appris que les mots « plaisir au travail », « solidarité », « collectif », « reconnaissance » n'ont désormais plus droit de cité dans notre nouvel hôpital entreprise. Depuis quelques semaines, le mot « pénibilité » s'ajoute à la liste de l'imprononçable. Malgré la loi Fillon de 2003 qui s'engageait à reconnaître la pénibilité pour compenser l'augmentation aveugle de la durée de cotisation, n'avons-nous pas entendu au ministère que ce terme « trop CGT » ne pouvait pas concerner les médecins ?
Mais nous n'allons pas ranger ce mot, même interdit, dans notre besace comme un jouet démodé. Car la pénibilité existe, nous le savons tous, et toutes les études prouvent son retentissement différé sur notre santé. Nous allons continuer à l'expliquer et à nous faire respecter. C'est notre responsabilité de syndicat déterminé. L'engagement massif du SNPHAR-E et le fort relais de nos arguments dans les hôpitaux et dans la presse font que la vision de la pénibilité du travail de nuit des médecins ne sera plus jamais la même et que nous arriverons à la faire reconnaître (après 2012 ???).
D'ici là, d'autres mots doivent apparaître dans notre langage : principe de précaution, résistance active ou résistance passive. Nous allons désormais, avec chacun d'entre vous, apprendre à les décliner à tous les niveaux.

Nous n'engagerons plus notre propre santé pour un système qui nous méprise

Exiger l'application du principe de précaution, c'est conseiller à tous les médecins hospitaliers de se protéger au maximum de ce qui peut nuire à leur propre santé et à celle de leurs patients. Nous ne pouvons certes pas refuser de travailler la nuit, c'est le cœur de notre mission. Mais nous pouvons limiter le retentissement du travail de nuit sur notre santé, en évitant les facteurs de risque professionnels associés et en faisant reconnaître le temps effectivement passé à travailler la nuit.
Appliquons la loi qui a fixé la borne (et non la norme) à ne pas dépasser : celle des 48 heures hebdomadaires de travail. Dès maintenant, nous vous enjoignons de refuser de travailler plus de 48 heures par semaine. Nous ne sommes pas là pour pallier les problèmes d'effectifs, ou pour compenser une désorganisation grandissante, ni pour soutenir une organisation productiviste dans la logique de rentabilité du néohôpital public. Une réglementation volontairement floue a laissé perdurer la notion jamais définie de demi-journée : nos obligations hebdomadaires de service sont de 10 demi-journées qui ne doivent pas dépasser 48 heures. Un calcul simple : si votre bloc fonctionne en 12 heures, y travailler 10 demi-journées vous fait dépasser les 48 heures et nuit à votre santé. Donc, à 48 heures (ou en deçà), arrêtez-vous et dites pourquoi : pour protéger votre santé. Et si l'arithmétique n'est pas votre fort, aidez-vous de l'outil de saisie horaire du temps de travail fourni par le SNPHAR-E (à retrouver sur www.snphar.com)
Nous travaillons en astreinte la nuit, mais les déplacements

de nuit ne sont pas reconnus comme du travail réalisé : nous disons « **halte au travail dissimulé la nuit !** ». Désormais, nous appliquerons strictement le repos quotidien après déplacement en astreinte et inclurons ce temps de travail dans le travail réalisé : un moyen très efficace pour limiter la pénibilité du travail de nuit.
Et puisqu'il est question de notre santé, impliquons les professionnels et **exigeons un suivi actif avec les médecins du travail :** eux sauront reconnaître l'altération de notre santé et prendre les mesures de protection adéquates.

Nous avons été éliminés d'emblée du « travailler plus, pour gagner plus », tirons-en les conséquences

Nous allons refuser de faire du temps additionnel. Que ce soit en heures ou en demi-journées additionnelles, on ne travaille pas impunément 70 heures par semaine toute une carrière. Mais il nous faudra surmonter une culpabilité bien intériorisée : nous sommes nombreux à penser que les missions de soins ne peuvent être assurées sans ce temps additionnel qu'il nous faut donc effectuer au détriment de notre santé et de notre équilibre familial, pour faire « tourner les services ». Et que penser de cet autre discours sur les « heures supplémentaires qui ruinent les hôpitaux » : le tarif horaire d'un médecin spécialiste est de 25 euros de l'heure supplémentaire ; de qui se moque-t-on ?
Toutes nos propositions au ministère de la Santé, aux députés, aux sénateurs, qui auraient permis de régler harmonieusement le problème des comptes épargne-temps (CET), sont refusées depuis plusieurs années : la bombe à retardement s'est réamorcée, de nouveau nos CET dépassent 100 jours. Aujourd'hui, une seule solution : **nous allons vider nos CET, régulièrement, en respectant le délai de prévenance.** Tous ces jours sont du temps de travail pris sur notre temps personnel, un temps que nous entendons retrouver pour protéger notre santé. Et nous entendons déjà l'argument de la baisse de l'offre de soins et de la baisse de l'activité dont on voudra nous imputer la responsabilité, mais il n'est pas recevable au prisme de notre santé. Les (ir)responsables sont ailleurs, il faudra aller les chercher dans les ministères et les chambres parlementaires.

Faisons nôtres les quelques ouvertures sur la pénibilité laissées par la loi

- Le médecin du travail va constituer un « dossier médical de santé au travail » : il s'agit là du *curriculum laboris*, ou exposition au nombre de nuits travaillées sur votre carrière, une idée portée par le SNPHAR-E depuis plusieurs mois. L'administration doit vous fournir le relevé nécessaire pour reconstituer votre parcours depuis le début de votre prise de poste, que vous pourrez présenter à votre médecin du travail.
- L'employeur doit consigner les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé : nous allons forcer les hôpitaux à suivre cet indicateur individuel.
- Tout salarié pourra cesser de manière progressive son activité en utilisant les droits affectés sur le CET : le SNPHAR-E fera préciser les garanties de nous voir appliquer cette possibilité.
- Jusqu'à fin 2013, à titre expérimental, un accord collectif de branche peut créer un dispositif d'allègement ou de compensation de la pénibilité : à nous de jouer pour faire appliquer ce dispositif expérimental aux médecins hospitaliers.
- Un comité scientifique est créé qui doit formuler des propositions en vue de prendre en compte la pénibilité à effets différés. Nous serons partie prenante de ce comité.

Une nouvelle Fédération de médecins hospitaliers, regroupant plusieurs syndicats de médecins dits « de la pénibilité », est en train de se structurer. Au-delà de la problématique de la permanence des soins, elle est destinée à dynamiser la réflexion et l'action syndicale pour dépasser les scléroses et enkystements divers des actuelles intersyndicales. Le SNPHAR-E sera parmi les moteurs de cette Fédération ; elle va donc faire parler d'elle dans les années à venir…

Il est toujours difficile de constater qu'un mouvement fort et juste n'est pas suivi d'effets. Mais nous sommes en face du pire dialogue social qu'on puisse imaginer : un ministère autiste et menteur qui méprise les acteurs de la santé, des parlementaires et sénateurs totalement aux ordres d'un gouvernement qui connaît plus le mépris que la concertation. Pour autant, nos idées sont les bonnes et sont porteuses d'espoir pour l'attractivité des carrières médicales hospitalières et l'hôpital public. Nous continuerons à les porter, car le vent va forcément s'inverser.

Nicole SMOLSKI, Présidente

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHAR-E

L'assemblée générale du SNPHAR-E et les élections au conseil d'administration se tiendront **le vendredi 14 janvier 2011** de 9 h à 17 h, **à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (Paris).**

Conférence de 11 h 15 à 13 h 15
À Paris et ailleurs : la situation dans les hôpitaux publics, un an après HPST. Réforme du management ou réforme structurelle ?

Avec la participation d'Anne Gervais (MDHP), Nicolas Belorgey, chercheur en sciences sociales spécialiste des hôpitaux, et Michel Rosenblatt, directeur d'hôpital et secrétaire général du SYNCASS CFDT

Astreintes médicales à l'hôpital : comment un État arrive à créer du travail dissimulé

Au nom du principe de précaution, le SNPHAR-E va engager, avec chacun de vous, un combat pour que les déplacements en astreinte soient reconnus et que la réglementation qui appelle à discussion soit précisée et appliquée partout.

Depuis 2003, le SNPHAR-E s'est attaché à faire reconnaître les déplacements en astreinte la nuit. Une tâche d'autant plus importante aujourd'hui que **la reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit est la grande absente de la récente réforme des retraites. Face à des pouvoirs publics qui refusent de reconnaître cette pénibilité, nous devons nous protéger individuellement des conséquences sur notre santé du travail de nuit.**

Le travail en astreinte, parent pauvre de la réforme de 2003

Nos conditions d'exercice en tant que « médecins de la nuit » ont beaucoup changé en 2003, après une action massive des PH pour la transposition nationale de la directive européenne sur le temps de travail (époque bénie où les syndicats étaient reçus...). **Cette réforme statutaire a véritablement révolutionné nos conditions d'exercice et a permis de diminuer la pénibilité liée au travail de nuit** : chacun de nous l'a mesuré et le mesure encore. La réglementation a permis d'établir le repos de sécurité après la garde, d'intégrer la garde dans le temps de travail et d'instituer la limite des 48 heures hebdomadaires maximales, au-delà desquelles du temps additionnel peut être réalisé, sur la base du volontariat et après signature d'un contrat.

Mais ce texte comportait un parent pauvre : l'astreinte. Et, au gré des interprétations locales, le cadre du travail réalisé la nuit lors des déplacements en astreinte a été de plus en plus flouté, aboutissant – avec la complicité de la DHOS – à la situation actuelle d'un véritable travail dissimulé. Une évolution désastreuse qui n'a pourtant pas tellement préoccupé les intersyndicales, peu impliquées dans la défense des droits liés à ce mode de travail.



Le temps de soins réalisé au cours d'une astreinte est pris en compte pour l'attribution du repos quotidien. »

Le travail au cours d'une astreinte constitue du temps de travail effectif

Les directions estiment que le travail effectué de nuit au cours des astreintes permet « d'économiser du temps médical de jour » et ce, sans avoir à embaucher. On nous oppose sans cesse que la garde sur place, avec le repos post-garde et son inclusion dans les obligations de service hebdomadaires, « ampute les effectifs de jour » et « coûte cher », contrairement à l'astreinte qui ne coûterait rien et permettrait, quelle que soit l'activité de la nuit, d'avoir des médecins présents le lendemain matin à leur poste. On comprend facilement que, dans le contexte financier actuel des hôpitaux, certaines administrations veuillent transformer le maximum de gardes sur place en astreintes, espérant faire ainsi des économies et récupérer du temps médi-

cal de jour. **Et pourtant, la réglementation est claire : une astreinte déplacée constitue la même sujétion qu'une permanence sur place et a les mêmes conséquences sur la présence médicale le lendemain**. L'astreinte ne doit pas être le parent pauvre de la permanence des soins. La réglementation permet de l'établir (encadré ci-contre). Sachons le faire reconnaître.

Nous sommes « trop chers » pour l'hôpital ? Faisons les comptes !

Et pour commencer, pourquoi ne pas comparer notre rémunération en astreinte avec celle des médecins généralistes libéraux ? Pour eux, la première partie de nuit (20 h – minuit) est payée 50 euros, la deuxième partie 100 € et chaque déplacement est majoré de 46 à 55 € selon la partie de la nuit.

Appliquons le repos quotidien, pour notre santé et celle de nos patients

Le texte réglementaire est d'une clarté époustouflante : « *Le temps de soins réalisé au cours d'une astreinte est pris en compte pour l'attribution du repos quotidien* ». Donc personne ne peut s'opposer à ce que nous appliquions cet aspect de la loi qui, rappelons-le, est là pour protéger notre santé à long terme et, à court terme, celle des patients que nous serions appelés à prendre en charge après une nuit de travail. Et si nous entendons que c'est difficile à organiser, souvenons-nous qu'après avoir entendu la même chose pour le repos de sécurité, nous sommes arrivés à le mettre en place.
Sachons aussi que personne ne nous est, ou ne nous saura, gré des nuits passées enchaînées avec les journées et qu'aucun juge ne tiendra compte des problèmes organisationnels ou de notre engagement personnel pour le service. Alors, protégeons-nous.
Appliquons le repos postdéplacement sur une base arithmétique simple : 15 heures de travail = 15 heures de repos, 18 heures de travail = 18 heures de repos.

Ne restons pas béats devant un incroyable tour de passe-passe administratif

Le SNPHAR-E, par un recours en Conseil d'État en 2003, a obtenu que « *Le temps de soins réalisé au cours d'une astreinte constitue du temps de travail effectif* » et que « *Un récapitulatif hebdomadaire individuel sur 4 mois est établi et communiqué au praticien, qui fait apparaître astreintes et déplacements* ».

Pourtant, certaines administrations et les logiciels de saisie du temps médical n'acceptent pas que ce temps de travail figure dans les obligations de service réalisées, au même titre qu'y figurent les permanences sur place. Pour eux, ce temps de travail n'est donc pas du temps de travail effectif, car il n'est pas inclus dans le temps de travail réalisé, et ce, en contradiction formelle avec la réglementation européenne, notamment l'arrêt Valenciana de la CJCE. Nous voici bien en face de travail obligatoire, mais dissimulé volontairement par les pouvoirs publics !
Comment réalise-t-on un tel tour de passe-passe ? En faisant basculer les déplacements de plus de 3 heures en temps additionnel (d'ailleurs, personne ne parle des déplacements de moins de 3 heures). Le plus cocasse de l'histoire, et qui en fait tout le paradoxe, c'est que faire du temps additionnel suppose d'être volontaire et d'établir un contrat. Il est donc possible de conclure que, si vous n'êtes pas volontaire pour faire du temps additionnel, vous pouvez refuser de faire des astreintes... Est-ce que la permanence des soins ne devient subitement plus une obligation statutaire ?
Plus kafkaïenne encore, l'interprétation de la réglementation pour la prise du repos de sécurité. Accrochez-vous bien : vous travaillez la nuit jusqu'à 4 h du matin ; vous avez travaillé 20 heures, vous vous reposez 20 heures et ne pouvez être au travail avant minuit le lendemain ; mais comme ce temps de travail n'existe pas, vos 2 demi-journées de repos vont se mettre en négatif sur vos obligations de service réalisées ! Cependant, l'administration, qui a toujours réponse à tout, vous conseille alors – pour ne pas vous retrouver en négatif en fin de quadrimestre – de poser un jour de RTT ou de récupération… Et là, c'est le gain sur toute la ligne : si vous avez travaillé 20 nuits dans l'année en astreinte, vous n'avez plus de RTT ! Donc « *la permanence des soins en astreinte est une obligation statutaire, mais ne relève pas des obligations de service* » (courrier de la DHOS en réponse à notre avocat en 2009). Et « *les déplacements longs sont payés en temps additionnel, mais pour autant ce n'est pas du temps additionnel* ». Notre avocat a évoqué, à propos de ce courrier d'anthologie, un monument digne de la pire bureaucratie chinoise. Hélas nous sommes bien en France et c'est avec notre santé qu'on joue. Mais qui s'en soucie ?

Le conseil du SNPHAR-E : appliquons la réglementation !

Cessons de jouer avec notre santé. Cessons de faire prendre des risques à nos patients. Cessons de

Rappel de la réglementation

(d'après l'arrêté du 30 avril 2003, plusieurs fois modifié)*

- **Le temps de soins réalisé au cours d'une astreinte constitue du temps de travail effectif.**
- **Le temps de soins réalisé au cours d'une astreinte est pris en compte pour l'attribution du repos quotidien.**
- **Il est possible d'être en astreinte pendant son repos quotidien.**
- **Deux types d'astreintes à domicile sont toujours en place :**
  - **l'astreinte de sécurité (30,54 euros) en cas d'appels peu fréquents ;**
  - **l'astreinte opérationnelle (42,13 euros) en cas d'appels fréquents.**
- **Le nombre d'astreintes hebdomadaires est limité à 3 nuits par semaine ou 2 dimanches par mois ou plus ; cette limite peut être dépassée, à titre volontaire et si cela ne gêne pas la bonne exécution du service quotidien.**
- **Un récapitulatif hebdomadaire individuel sur 4 mois est établi et communiqué au praticien, qui fait apparaître astreintes et déplacements.**
- **Une nuit peut être divisée en une demi-garde suivie d'une demi-astreinte opérationnelle.**
- **Les déplacements de moins de 3 heures sont rémunérés 65,41 euros pour le premier appel, 73,73 pour le deuxième. Quand le déplacement atteint ou dépasse 3 heures, l'indemnisation de l'astreinte et du temps de déplacement est remplacée par une indemnisation basée sur une demi-période de temps additionnel de nuit, soit 236,98 euros (sauf le samedi après-midi). Ces déplacements peuvent être indemnisés, récupérés ou versés au CET.**
- **L'astreinte peut être indemnisée au forfait, au montant maximum d'une demi-indemnité de sujétion augmentée de l'indemnité de base. Dans ce cas, les déplacements ne sont plus indemnisés. Le montant de cette forfaitisation peut atteindre, dans les SAU et les zones à forte activité, 188 euros.**
- **Les astreintes peuvent être récupérées : une demi-journée pour 2 astreintes opérationnelles ou pour 5 astreintes de sécurité.**

** Arrêté du 30 avril 2003 (version en vigueur le 17 novembre 2010)*
relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. NOR: SANH0321568A.

prendre des risques médico-légaux. **Quand l'accident arrive, on est toujours seuls et c'est trop tard. Quand les maladies liées au travail de nuit arrivent, il est trop tard.**

L'astreinte est une sujétion souvent pire que la garde, notamment dans les petits centres qui fonctionnent avec des effectifs restreints, avec un rythme d'astreintes soutenu. Une seule attitude : appliquons la réglementation. Prenons notre repos quotidien comme la loi nous y autorise. Comptons notre temps de déplacement dans les obligations de service réalisées en fin de quadrimestre. Et, s'il est difficile de faire l'équivalence entre une heure de déplacement et la demi-journée, ce n'est pas notre faute car nous exigeons, depuis 2003, que soient établies des normes – basses ou hautes – pour cette demi-journée : tout déplacement entame la demi-journée, à concurrence de deux par nuit.

Enfin, si notre direction nous dit qu'il nous manque des demi-journées de travail pour la réalisation de nos obligations de service en fin de quadrimestre, nous pouvons demander l'arbitrage du Tribunal administratif, avec l'appui du SNPHAR-E pour aller au bout du contentieux.

Nicole SMOLSKI, présidente
Patrick DASSIER, trésorier

Comment appliquer la réglementation sur le travail en permanence des soins : conseils du SNPHAR-E.

Permanence sur place

= 2 demi-journées incluses dans les obligations de service réalisées
Rémunération au titre de la sujétion : 264,63 euros
Repos quotidien de 24 heures le lendemain

Astreinte non déplacée

Pas de temps de travail comptabilisé
Rémunération forfaitaire de 30,54 ou 42,13 euros
Pas de repos le lendemain

Astreinte déplacée plus de 3 heures entre 18 h et minuit

= 1 demi-journée incluse dans les obligations de service réalisées
Rémunération : 236,98 euros
Repos quotidien jusqu'à 16 h le lendemain

Astreinte déplacée plus de 3 heures entre 20 h et 5 h le lendemain

= 2 demi-journées (comme pour la permanence sur place)
Rémunération : 236,98 euros
Repos quotidien de 24 heures le lendemain

Toute non application de ces recommandations conduira à un recours de votre part au Tribunal Administratif, avec notre aide.

De rien à peu : carnet de route d'une année syndicale

Espoirs vite déçus, actions basées sur des réflexions de fond engagées depuis longtemps, montée en puissance d'un front transsyndical, appel à la prise de conscience des élus sur la pénibilité… Retour sur une année chargée.

En octobre 2008, le SNPHAR-E affirmait que la réforme de l'Ircantec (régime obligatoire de retraite complémentaire qui constitue les deux tiers de notre future pension de retraite) conduirait à une baisse inacceptable de plus de 30 % des pensions versées aux PH débutant leur carrière (37 % du dernier salaire *versus* 52 % avant la réforme). Malgré une grève massive des PH, le ministère réfutait alors nos analyses et nos évaluations. Nous avons donc refusé de signer un protocole d'accord qui faisait fi de notre mobilisation et qui ne prévoyait que d'élargir notre assiette de cotisations à différentes primes et indemnités : des mesures compensatoires qui ne pouvaient, à elles seules, absorber les pertes subies. En contrepoint, nous demandions alors que soient revus les paramètres d'acquisition des points Ircantec tels qu'ils furent actés dans la réforme. Un sujet dont il ne sera finalement jamais question. Le début d'un dialogue de sourds.
En 2009, malgré nos relances incessantes auprès des tutelles : aucune négociation, pas même un rendez-vous ! Une année que nous avons mise à profit pour entamer un travail de fond, en axant notamment notre réflexion sur le thème de la pénibilité au travail.

2010 : un début d'année marqué par une timide reprise de contact avec le ministère

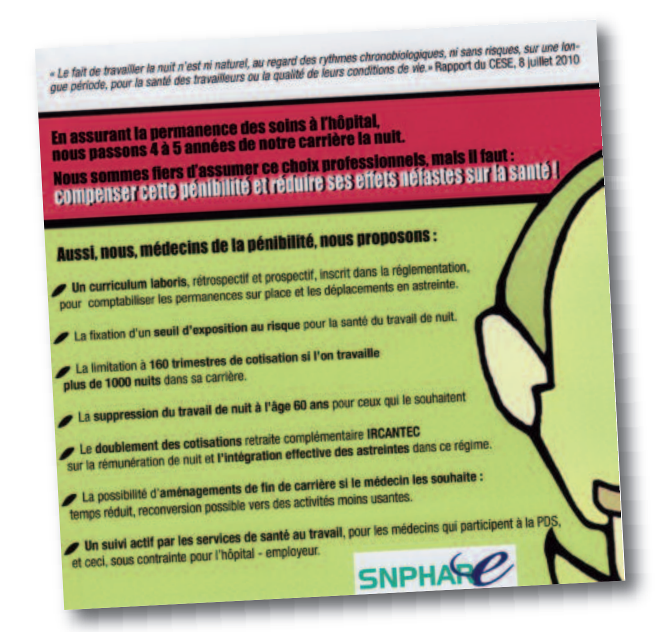
Début 2010, enfin, le fil du dialogue semblait en passe de se renouer. Aveu surprenant de la part de nos interlocuteurs au ministère de la Santé : nos analyses de 2008 étaient les bonnes, nos chiffres étaient exacts et, contrairement aux projections imparfaites présentées par le ministère du Budget, un PH débutant sa carrière allait bien voir sa pension de retraite dégradée de plus de 30 %. Personne ne pouvait s'en satisfaire. Et le ministère semblait prêt à relancer la parution des décrets sur d'éventuelles mesures compensatoires.
Mais, de relances en attentes, ce n'est qu'en juin que des projets de décrets nous ont été présentés par le directeur de cabinet adjoint de Madame la ministre de la Santé ; des décrets qui, le ton était affirmatif, paraîtraient avant mi-juillet.

Le protocole de juillet : inconséquence ou provocation ?

Au lendemain du 14 juillet, aucun des décrets promis n'était paru, mais c'est encore un protocole d'accord qui venait d'être signé, tambour battant, avec les intersyndicales de praticiens hospitaliers convoquées à la hâte.
À l'heure où une parution au Journal Officiel aurait dû graver dans le marbre de la République les mesures compensatoires promises, rendant enfin justice aux heures de travail que nous avons consacrées à la permanence des soins et à notre engagement pour le service public, nous avons dû nous contenter d'un protocole d'accord bissé et dégradé. Nous n'avions dans les mains qu'une pâle reprise du, déjà largement insuffisant, protocole de 2008. Non seulement du neuf fait avec du vieux, mais un protocole dégradé car soumis à un échéancier inacceptable et indigne : la prime de service public exclusif sera bien intégrée à notre assiette de cotisation Ircantec, mais cela se fera progressivement, sur 4 années, et il faudra attendre 7 longues années pour qu'il en soit de même de l'intégralité des indemnités d'astreinte.
Rappelons que cette juste valorisation des astreintes pour notre retraite était déjà inscrite, sans échéancier, dans un protocole d'accord en 2004 et dans un courrier du ministre Douste-Blazy en 2005 ! Six ans plus tard, on nous sert la même promesse, mais étalée sur 7 ans ! Donc, 13 ans à attendre la reconnaissance d'un travail dissimulé, l'astreinte : cela peut user toutes les patiences et toutes les bonnes volontés.

Été 2010, le SNPHAR-E bat le fer de la pénibilité

Dès sa présentation par le gouvernement, il fut évident que le nouveau projet de réforme des retraites ne manquerait pas, à nouveau, d'impacter les pensions de retraite des PH. D'emblée, la mesure emblématique du recul d'âge de la retraite apparaissait non négociable. Et, d'emblée également, le gouvernement semblait laisser la porte ouverte à une négociation qui prendrait en compte la pénibilité propre à certains métiers. Très vite, constatant l'absence



d'avancées significatives concernant la retraite des PH, nous avons décidé de nous inscrire dans cette optique. Forts de nos réflexions de fond antérieures, nous avons mis l'accent sur la seule pénibilité facilement objectivable : le travail de nuit.

Le SNPHAR-E a bâti une plateforme de revendications et l'a soumise à d'autres syndicats afin d'aboutir à une plateforme commune. Ses éléments, résumés dans notre flyer (cf. ci-dessus), ont été largement partagés par nos collègues des spécialités fortement confrontées à la permanence des soins (pédiatres, urgentistes, réanimateurs médicaux, gynécologues obstétriciens), et ceci quels que soient leurs statuts (PH, PU-PH ou médecins de PSPH). **Au-delà du SNPHAR-E, un front transintersyndical était né pour faire reconnaître la pénibilité du travail de nuit des médecins hospitaliers.**

Faire connaître, au public et aux élus, nos revendications partagées

Des newsletters largement diffusées, un investissement des moyens de communication modernes (Facebook et twitter) et un fort relais dans les médias, grâce à un dossier de presse exhaustif et s'appuyant sur de nombreuses références et études scientifiques, nous ont permis de communiquer avec vous, nos adhérents, mais aussi, plus largement avec tous les praticiens hospitaliers et le grand public.

La loi portant projet de réforme des retraites devait être discutée dès la rentrée au Parlement. Il s'agissait donc de faire vite. Nous avions quelques semaines pour informer élus, députés et sénateurs. Nous leur avons transmis une lettre ouverte au président de la République, lettre co-rédigée avec les syndicats associés à la reconnaissance de notre pénibilité. Sans préjuger de leur appartenance politique, nous leur avons fourni les moyens de mieux nous connaître et comprendre, à travers l'envoi de dossiers thématiques et plusieurs rencontres *de visu*, les enjeux sous-tendus par nos revendications.

Et puisqu'il fallait hausser le ton pour faire entendre nos arguments aux tutelles, cette campagne de communication s'est très vite adossée à une menace de grève pour la rentrée. Ainsi, dès le 1er septembre et durant toute la durée des débats parlementaires, nous avons appelé à la « grève de la pénibilité » en vous demandant de n'accepter d'assurer la permanence des soins que sur assignations. Parallèlement et ponctuellement, nous nous sommes associés à toutes les journées de grève qui se succédèrent pendant les mois de septembre et octobre. L'Assemblée Nationale n'a adopté aucun amendement à la réforme présentée par le gouvernement. Nous avons alors espéré que des amendements prenant en compte la pénibilité de notre travail, portés par Bruno Gilles (UMP) et Jacky Le Menn (PS) avec qui nous avons travaillé, puissent être débattus au Sénat. Cependant, à la veille de leur discussion, le gouvernement a décidé d'accélérer le processus procédure et les débats au Sénat en optant pour la procédure dite « du vote bloqué ». Seuls les amendements ayant obtenu un avis positif du rapporteur de la commission des affaires sociales et du gouvernement ont été soumis au vote des sénateurs. Nos amendements n'ont donc jamais été discutés au Sénat. Humiliation finale : l'un d'entre eux (interruption des gardes au-delà de 60 ans, sauf pour les praticiens volontaires) a même été qualifié par le rapporteur de « louable, mais rejeté ».

Tant d'efforts n'ont-ils vraiment porté aucun fruit ?

Factuellement, aucune des propositions de notre plateforme de revendications n'a été entendue. Et faut-il se féliciter – en cette période de vaches maigres – de la parution des décrets sur les mesures compensatoires au JO du 30 septembre 2010 ? Non, cela ne représente rien d'autre que la fin d'une trop longue attente. Le fruit des efforts de cette dure année est à chercher plus loin.

En 2010, le SNPHAR-E a marqué les esprits et s'est inscrit pour le futur comme l'interlocuteur pivot sur ces dossiers. Aux tutelles, aux élus et, nous l'espérons, à un grand nombre de médecins hospitaliers, nous pensons avoir montré un SNPHAR-E capable de réflexion sur le fond, capable de faire l'union et de fédérer plusieurs syndicats et capable de porter un message clair.
Les médias ont fortement relayé nos revendications et le message a été entendu par de très nombreux élus et, probablement aussi, par leurs électeurs. Beaucoup sont d'ores et déjà sensibilisés aux combats que nous mènerons demain. Car notre conviction reste la même : un combat juste ne peut rester à l'infini un combat perdu.

Bertrand MAS, Vice-président

Temps de travail additionnel : remettons les pendules à l'heure !

Sous l'effet d'une course au productivisme débridée, touchant tous types d'établissements et de services, les cas de non-reconnaissance du temps de travail additionnel effectué par les PH se multiplient. Mode d'emploi pour faire respecter nos droits et mettre les directions devant leurs responsabilités.



N'oublions pas que « *La durée maximale des obligations de service fixée au contrat et effectuée de jour et de nuit du lundi au dimanche, ne peut en aucun cas excéder quarante-huit heures hebdomadaires en moyenne, calculée sur le quadrimestre*. ». Donc, les 48 heures sont une borne maximale et non la norme : atteindre ce temps de travail devrait rester exceptionnel. Hors temps additionnel, la durée de service des PH temps plein est de 10 demi-journées hebdomadaires ; un temps de travail hebdomadaire de 40 heures, même s'il est exceptionnel, est donc bien réglementaire.

Légalement, « *au vu de tableaux de service justifiant du temps additionnel* », il peut néanmoins être proposé aux PH de « *s'engager contractuellement à effectuer un volume prévisionnel de temps de travail additionnel déterminé par quadrimestre* ». En clair, le travail additionnel est accompli sur la base du volontariat et associé à la signature d'un contrat. Le fait que le PH n'ait pas signé de contrat ne permet pas à l'administration de faire ce qu'elle veut, mais permet au PH de refuser sans préavis de continuer à être pris pour un imbécile, notamment lorsque son temps additionnel n'est pas payé !

Les périodes de travail additionnel peuvent être, au choix du praticien, indemnisées (indemnités forfaitaires, dans la limite d'une enveloppe budgétaire), récupérées ou versées au compte épargne-temps (CET). Dans le cas où le praticien accepte de faire du travail additionnel et que celui-ci est reconnu mais clairement annoncé non payé, il a donc le choix entre la récupération et l'alimentation du CET ; cependant, rien ne l'oblige à porter ses jours de temps additionnel sur le CET : pour l'instant celui-ci est fiabilisé, mais on ne sait pas ce que nous réserve l'avenir. Donc, sauf peut-être en cas de projet bien défini (pour préparer sa fin de carrière), mieux vaut poser des jours de récupération de temps additionnel sur un autre quadrimestre ; c'est ce qui permettra le plus de ne pas s'épuiser au travail et pourra permettre de s'adapter à certaines situations.

En cas de refus de tels congés par le chef de pôle ou l'administration, il est essentiel de réagir sans attendre et de ne pas laisser s'entériner la situation. Une seule solution : arrêter immédiatement d'accepter de faire du temps additionnel. Nous savons tous comme cela est facile à dire, mais difficile à faire dans la réalité de notre conscience professionnelle, dans les services où l'effectif est insuffisant et où la récupération du temps de travail additionnel va mettre en difficulté le chef de pôle et le service.
Là est le levier si souvent utilisé par l'administration : nous culpabiliser, nous faire sentir responsables des problèmes d'effectif du service. Mais, finalement, celui qui ne cèdera pas mais, au contraire, mettra la direction devant ses responsabilités, n'est-ce pas lui qui contribuera le plus à solutionner les vrais problèmes ? Car nous savons bien qu'entre prendre des intérimaires à 1 600 euros la journée pour assurer la continuité des soins et embaucher, les aspects purement financiers peuvent, pour une fois, servir le bon sens.
En fonction de l'effectif de l'équipe, le tableau de service fait facilement apparaître les plages de temps additionnel à compenser pour maintenir l'activité de jour. Le budget nécessaire pour ce temps additionnel est donc parfaitement prévisible. À l'administration alors d'endosser la responsabilité de fermeture de lits si nécessaire ou de trouver des candidats pour les gardes aux urgences ou dans les services déficitaires pour des activités de jour que nous ne saurions faire au-delà de nos obligations de service.

Demandons-nous si nous avons de bonnes raisons personnelles de laisser gonfler notre CET ? Si oui, il est là pour ça. Si non, autant prendre les jours de repos auxquels nous avons droit. La course à la productivité actuelle ne nous concerne pas, pas au détriment de notre santé.

Véronique AGAËSSE, Secrétaire général adjoint

Exemple de Contrat de temps de travail additionnel

Vu l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Vu la circulaire DHOS/M2 n°2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires.

Il est convenu ce qui suit

entre

M. XXX, Directeur général du Centre Hospitalier XXX

et

M. le Docteur (NOM), ci-après désigné « le praticien signataire », affecté dans le service de (SERVICE) du Centre Hospitalier XXXX.

et

M. le Professeur (NOM DU COORD.), coordonnateur du pôle (NOM DU PÔLE).

Article 1 – Situation justifiant le recours au temps de travail additionnel

Le praticien signataire réalise des gardes sur place dans le pôle (NOM DU PÔLE) et le service de (SERVICE). Le recours au temps de travail additionnel est justifié par la vacance d'un ou plusieurs postes de praticiens hospitaliers dans le service.

Article 2 – Volume prévisionnel de temps de travail additionnel

Sur la période du 1er janvier au 31 décembre 2011, le praticien signataire s'engage à réaliser (NOMBRE) demi-journées de temps de travail additionnel (estimation).

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier, le praticien signataire pourra être sollicité par la direction des affaires médicales, après avis du coordonnateur de pôle, pour dépasser, avec son accord, le plafond fixé par le présent article.

Les plages de temps de travail additionnel effectivement réalisées par le praticien sont décomptées par la direction des affaires médicales à l'issue de chaque quadrimestre, au vu des tableaux de service réalisés et signés par le chef de service. Ce décompte doit être envoyé au praticien, au plus tard le 5 du 2è mois suivant la fin du quadrimestre (soit juin 2011 pour le premier quadrimestre, octobre 2011 pour le deuxième quadrimestre, février 2012 pour le troisième quadrimestre).

Article 3 – Modalités de compensation du temps de travail additionnel

Dans la limite du nombre prévu à l'article 2, les plages de temps de travail additionnel peuvent être, au choix du praticien, indemnisées, récupérées ou versées sur son Compte Epargne-Temps. Ce triple choix reste possible lorsque le praticien est sollicité ponctuellement, sur la base du volontariat, pour dépasser le volume de temps additionnel contractualisé.

Dans le cas où le praticien choisit la rémunération du temps additionnel, celle-ci sera portée sur la fiche de paye de juin 2011 pour le premier quadrimestre, octobre 2011 pour le deuxième quadrimestre, février 2012 pour le troisième quadrimestre).

Lorsque le praticien choisit l'indemnisation, chaque plage donne lieu au versement de (SOMME) euros bruts (taux en 2011).

Lorsque le praticien choisit la récupération ou le versement sur le Compte Epargne-Temps, chaque plage est équivalente à deux demi-journées.

Toute modification de contrat devra faire l'objet d'un préavis et de la signature d'un avenant pour le quadrimestre suivant. Le praticien aura alors le choix d'accepter ou de refuser les nouvelles clauses et, le cas échéant, de ne plus faire de temps additionnel. Les conditions de rémunération contractualisées pour le quadrimestre en cours ne sauraient être modifiées de façon rétroactive.

Fait à XXX, le (DATE)

NOM DU DIRECTEUR
Directeur Général du Centre Hospitalier XXX

Professeur (NOM DU COORD.)
Coordonnateur du Pôle (NOM DU PÔLE)
Docteur (NOM)



Pour donner votre avis sur votre revue : comment vous la lisez ce que vous y cherchez, ce que vous y trouvez (ou pas !), vos suggestions d'amélioration…

L'enquête « PHARe et vous » sera prochainement en ligne sur www.snphar.com



ANAP : des indicateurs pour quoi faire ?

Dominique Talandier, manager à l'Anap (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) a, au cours du dernier séminaire du SNPHAR-E, décrit l'intérêt des indicateurs pour évaluer le fonctionnement des blocs opératoires.

Pour mesurer la performance, l'Anap – comme la Meah en son temps – recourt à des indicateurs permettant de quitter le domaine de la perception subjective. Analyser les situations sur des bases plus précises que des « beaucoup » ou des « souvent » a pour objectif de répondre à la question : est-ce que vos ressources sont utilisées au bon endroit et au bon moment ?
Les indicateurs apportent aussi un support factuel aux réflexions sur les modes organisationnels et aux discussions entre les professionnels de santé et la direction. Ils servent à lancer des actions concrètes et à suivre leurs effets avec recul. Les indicateurs sont un outil de mesure, mais c'est à l'établissement qu'il revient de collecter les informations à mesurer.
Pour les blocs opératoires, l'outil « Starting bloc » permet de piloter l'activité, de suivre un tableau de bord en routine et d'analyser l'organisation. Un autre outil « Evalvac » est utilisé pour évaluer la capacité du bloc opératoire à « absorber » le flux de patients et à objectiver l'attribution des plages opératoires. Cela permet de mettre en lumière le lien entre le flux des patients, le bloc opératoire et les lits d'hospitalisation.
Pour analyser l'activité d'un bloc, son fonctionnement a été modélisé et il a été déterminé qu'un bloc opératoire pouvait, en théorie, tourner du lundi au vendredi, 10 heures par jour, et le samedi matin, 4 heures. Sa capacité d'utilisation programmée théorique est de 54 heures par semaine, 114 heures en temps « permanence de soins ». La première étape est de regarder le temps de mise à disposition des blocs décidé par l'établissement. Généralement, ce temps est inférieur à 54 heures. Mais l'Anap n'est pas là pour dire s'il faut ouvrir plus ou moins. Elle est là pour examiner l'utilisation des ressources. Si vous avez une suractivité dans vos blocs opératoires, avant d'ouvrir cinq salles de plus, il faut savoir combien de temps les salles sont ouvertes. Si vous occupez à 100 % des salles qui ouvrent deux heures par jour, avant de construire cinq nouvelles salles, il faut peut-être ouvrir quatre heures par jour.
L'Anap regarde aussi le temps de mise à disposition effective du bloc – le fameux temps de vacation offert – durant lequel les professionnels peuvent opérer des patients. Ce temps est généralement inférieur au temps de mise à disposition par l'établissement. Enfin, le temps réel d'occupation des salles est examiné. Il permet de suivre l'occupation réelle du bloc opératoire et de trouver des marges d'efficiences, notamment en réduisant le délai entre deux interventions.
Tous ces indicateurs peuvent montrer un problème organisationnel de programmation ou de mauvaise structuration du bloc opératoire. L'objectif est toujours le même : donner les bases de la réflexion pour permettre la mise en place d'une organisation efficiente du bloc opératoire.

À quoi sert l'Anap ?

Instituée par la loi HPST, l'Anap regroupe les expertises du GMSIH, de la MAINH et de la MEAH. L'une de ses missions est l'appui et l'accompagnement des établissements, notamment dans le cadre de missions de réorganisation interne, de redressement, de gestion immobilière ou de projets de recompositions hospitalières ou médico-sociales. Elle assure aussi le pilotage et la conduite d'audits sur la performance des établissements de santé et médico-sociaux.
En 2010, l'équipe de l'Anap est composée de 80 professionnels et son budget est de 36 millions d'euros.

Les 3 « chantiers » de l'Anap pour les blocs opératoires

- **Chantier « Organisation » : destiné à améliorer les modes organisationnels en les fluidifiant.**
- **Chantier « *Benchmarking* bloc » : pour comparer les pratiques entre établissements afin de fournir un support méthodologique aux ARH engagées dans des comparaisons régionales.**
- **Chantier « Horizons bloc », dans le cadre des plans hôpital 2007 et 2012, visant à améliorer les décisions d'investissement en aidant les équipes à dimensionner leurs projets.**

L'avis du SNPHAR-E

Réorganisation des blocs : rester vigilant

Dans de plus en plus d'établissements, la réorganisation des blocs opératoires est en route, présentée comme une nécessité, « inéluctable et incontournable ».
Pour assurer l'efficience, deux stratégies sont généralement proposées : la mise en commun de moyens et mutualisation des personnels, dont les PHAR.
La réunion des équipes de spécialités différentes peut être vécue par certains, souvent les plus jeunes, comme une opportunité de polyvalence. Bien que certains rapprochements qui n'ont rien de médicalement évident… Et nous sommes les garants du maintien de l'expertise spécifique que nécessitent certains patients ou certaines interventions. L'efficience voire la qualité et la sécurité sont sous tendues à la connaissance parfaite des interventions, des opérateurs, et de certains monitorings ou actes spécifiques : on fait bien et vite ce qu'on fait souvent. Donc la mutualisation peut être une solution, mais pas à tous les problèmes. Et en aucun cas il ne s'agit de découvrir le matin que pour des raisons plus ou mois claires on ne prendra pas en charge le patient pour lequel nous nous sommes préparés.
Quant à l'allongement des plages horaires d'ouverture des blocs et de l'amplitude de travail des MAR, tout dépend, bien sûr, du nombre effectif de praticiens dans la structure. Mais nos managers doivent savoir qu'en aucun cas nous ne pouvons travailler avec la concentration nécessaire ni la sérénité requise 12 heures par jour 5 jours par semaine. L'augmentation des plages n'est pas la solution au manque d'effectif médical.
Finalement, la réorganisation d'un bloc revient, encore une fois, à s'interroger sur ce qu'est notre métier. Il s'agit de confronter les critères de temps et d'activité – tels ceux que l'ANAP met à disposition des gestionnaires avec des outils de mesure précis et indiscutables – avec ceux de notre métier, qui sont aussi qualitatifs et ne rentrent pas dans les « cases » des indicateurs proposés.
L'ANAP fournit les moyens de mesurer la quantité, mais à nous de fournir ceux de la qualité. Les professionnels, c'est nous. C'est nous qui devons fixer nos règles de fonctionnement, en terme de qualité et de sécurité, mais aussi de plaisir et de sérénité au travail. Il ne peut y avoir de règle que l'on ne doive transgresser.
Un exemple : si la « règle » de 1 MAR sur 2 salles est souvent acceptable, c'est toujours avec notre accord. Nous ne devons pas déroger aux règles de sécurité que nous devons à nos patients sous couvert d'efficience ou de rentabilité, voire de confort des opérateurs.
Nous pourrions proposer d'autres indicateurs : pourquoi pas le pourcentage de patients vus après 19 heures et au terme de 10 heures de bloc d'affilée ? Pourquoi pas la qualité des rapports humains lorsqu'un patient ne voit jamais deux fois le même MAR au cours de son séjour ? Pourquoi pas la qualité des soins aux patients les plus lourds, ceux qui exigent de la continuité, ceux qui ne sont pas forcément rentables ? Et pourquoi pas encore notre qualité de vie au travail ? Notre durée de vie dans la structure ?
Un chantier… certes, mais un chantier dont nous ne devrons pas faire l'économie, dans le cadre de collectifs de professionnels, au sein des services ou des établissements. Car être dépossédé de toute manière d'intervenir pour élaborer soi-même son travail, c'est le début de la négation de ses convictions profondes (on ne « se reconnaît plus », « ce n'est pas moi »), une non- reconnaissance de soi celle qui conduit à la maladie ou au départ (cf. témoignage ci-dessous)…

Nous devons prendre part aux réorganisations, les anticiper, en discuter collectivement. Certaines décisions sont trop lourdes de conséquences pour les laisser à des managers qui ne connaissent pas le métier. Nous sommes parfois le dernier rempart contre la vision gestionnaire et bureaucratique, c'est notre responsabilité.

D'une réorganisation sans concertation au départ d'un PH

La réorganisation des blocs opératoires peut être à l'origine de modifications profondes du travail des MAR. Et pourtant, trop souvent et peut-être de plus en plus, les PHAR et encore moins leurs représentants syndicaux, ne sont associés aux discussions.

Témoignage :
« La réorganisation des blocs, pour moi ? Une décision qui a simplement conduit à faire réaliser le travail par moins de personnes, sur une période plus longue. Elle s'est traduite par des réunions d'équipes plus qu'étonnantes : celles qui travaillaient sur le thorax avec celles de l'abdomen et du foie, des spécialistes d'anesthésie locorégionale en orthopédie avec des experts en chirurgie vasculaire lourde, ou encore des équipes de neurochirurgie avec des équipes d'ORL et de stomatologie… Les plages opératoires se sont élargies, les journées sont passées de 8 à 10 heures. Et si les chirurgiens se succédaient dans les blocs, les PHAR étaient là du soir au matin, enchaînant jusqu'à 80 heures hebdomadaires de travail. Sans aucune compensation. Le travail est devenu « posté » : impossible de s'absenter pendant une heure pour suivre un patient ou pour se rendre à une réunion puisqu'il n'y a plus personne pour vous remplacer. Et, peu à peu, on devient une chose informelle, un outil à endormir les patients, déresponsabilisé. Inévitablement, les rapports humains se dégradent, dans toutes leurs dimensions, avec les patients, les équipes, les collègues. »

Ce collègue a quitté le poste de praticien hospitalier qu'il occupait depuis 23 ans dans le même établissement. Il exerce aujourd'hui dans un autre hôpital, où il a retrouvé des patients soignés avec attention et des PHAR ayant une emprise sur ce qu'ils font. Un hôpital où l'organisation des blocs tient compte de l'avis des praticiens et en particulier de ceux qui ont l'exercice le plus pénible et le plus long dans les blocs : les PHAR.

Le PH face à la procédure de suspension directe par son directeur

Un PH peut se retrouver ex abrupto suspendu par le directeur de son établissement d'affectation. Il ne sait pas vraiment pourquoi, ni pour combien de temps.

La suspension sur décision directe et unilatérale du directeur, d'application immédiate, ne comporte officiellement ni obligation de motivation, ni réelle obligation de suivi et de transmission du dossier au centre national de gestion (CNG), ni limitation de durée. Une porte ouverte aux abus…

Un cadre flou, une durée inconnue

Ce type de suspension est sous-tendue par l'article L.6143 7 du code de santé publique : « *Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel…* ». Sur le principe, il s'agit d'une décision prise :

- en urgence ;
- devant la nécessité de maintenir la continuité du service public et de garantir la sécurité non seulement des patients, mais aussi des personnels, impératif exprimé de façon beaucoup plus large et floue par le « *lorsque la situation l'exige* », de certains articles du CSP ;
- avec obligation purement théorique d'informer le plus rapidement possible l'autorité investie du pouvoir de nomination, c'est-à-dire la direction générale du CNG, pour suite à donner.

Enfin, il n'existe aucune limitation de durée à cette suspension et tout dépendra de la suite donnée par la direction du CNG : soit simple abandon, soit initiation d'une procédure en insuffisance professionnelle ou en discipline, soit consultation du comité médical local.

Présumé innocent, mais pénalisé financièrement et moralement

La suspension directe n'est pas une sanction disciplinaire. C'est une mesure provisoire et conservatoire, c'est-à-dire sans suspension de la rémunération de base. En revanche, la participation à la permanence des soins est impossible, les indemnités de service public, d'exercice multi-établissements ou de liaison ne sont pas versées et l'avancement est suspendu.

La demande de mise en recherche d'affectation, ou l'initiation d'une procédure disciplinaire ou en insuffisance professionnelle, ou la réunion d'un comité médical nécessitent des préalables : une instruction du dossier - étape plus ou moins longue – et, souvent, un débat contradictoire permettant au PH de construire et d'avancer ses arguments de défense. Dans le cas de la suspension directe, l'intéressé ne peut même pas consulter son dossier préalablement à la prise de décision. Un éventuel manquement aux conditions d'urgence ou « d'exigence de la situation » énoncées ci-dessus, ne pourra être mis en exergue que lors d'un recours au tribunal administratif initié par le PH, c'est-à-dire après un laps de temps certain, pendant lequel le PH est toujours suspendu. C'est durant tout ce temps que sa présomption d'innocence est bafouée et qu'il subit un préjudice moral sur ses capacités professionnelles.

Le SNPHAR-E demande que la procédure de suspension directe par le directeur soit statutairement encadrée

L'urgence de certaines situations peut justifier l'existence d'une telle procédure. Ce n'est pas pour autant que l'arbitraire doit y prévaloir. Afin de respecter le droit fondamental de la présomption d'innocence, d'éviter tout dérapage et de réduire la période d'incertitude complète dans laquelle se trouve le PH incriminé :

- **cette décision ne devrait être prise qu'après avis du président de la CME et du chef de pôle ;**
- **elle devrait obligatoirement être transmise dans les plus brefs délais au CNG ;**
- **l'instruction du dossier devrait être accélérée par une implication plus poussée du CNG - auprès de l'établissement, mais aussi du PH incriminé – éventuellement après avis consultatif d'une cellule d'appui nationale et multipartite (représentants du CNG, de la DGOS, des directeurs et des PH).**

Le PH face à la procédure de suspension directe

- **Bien conserver la notification de la suspension.**
- **Réclamer la consultation de son dossier, par un courrier avec AR adressé au directeur de l'établissement, en application de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.**
- **Prendre contact avec le CNG, département gestionnaire des praticiens hospitaliers, pour :**
  - **vérifier que le CNG a bien été informé de cette nouvelle situation**
  - **être informé du déroulement concret de l'instruction du dossier (engagement d'une procédure disciplinaire ? ou en insuffisance professionnelle ? ou consultation du comité médical d'établissement ? ou… abandon pur et simple ;**
  - **obtenir des précisions sur la durée prévisible de la suspension.**
- **Consulter un avocat ou solliciter une assistance juridique : la décision peut être contestée dans les deux mois, soit par recours gracieux auprès du directeur de l'établissement, soit par recours contentieux auprès de la juridiction administrative.**

Jean GARRIC, Administrateur du SNPHAR-E

Le déni du conflit bloque la naissance d'un réel compromis

Un entretien avec Yves Clot, titulaire de la chaire de psychologie du travail du CNAM

PHAR-E : « Les questions du travail sont le « refoulé » de la société française », dites-vous en introduction de votre dernier ouvrage*. Ce constat s'applique-t-il au milieu hospitalier ?

Y. CLOT : La réforme des retraites est la dernière illustration en date de ce refoulement, avec sa vision purement comptable et négligeant totalement la réalité des sentiments que les gens ont de leurs métiers malmenés. Ce qui n'est pas discuté et réglé dans le champ des métiers empoisonne toute la vie sociale et coûte finalement très cher, y compris en termes de demande de départ.

Ce constat peut être fait à tous les niveaux, des opérateurs industriels de base à la sphère des dirigeants : ne plus se reconnaître dans le travail que l'on fait, de plus en plus « on en fait une maladie ». L'hôpital me semble, par son activité même, particulièrement exposé à ces risques. Être de façon aussi directe au service de l'humain démultiplie et fait passer à une autre échelle des questions concernant la qualité de ce qui est « produit ». Par l'activité même qu'un soignant déploie à l'hôpital, il est immédiatement immergé dans le champ des « problèmes de conscience », du juste et de l'injuste, du bien et du mal. Il est vital pour les soignants que le travail qu'ils font soit défendable à leurs propres yeux. L'hôpital est un lieu surexposé, une lentille grossissante de la crise du travail qui existe partout.

PHAR-E : La délibération sur la qualité du travail, ce que vous nommez la pratique de la « dispute professionnelle », a-t-elle sa place à l'hôpital ?

Y. CLOT : Les activités de santé recouvrent des enjeux financiers que personne ne nie. Mais, immédiatement, les questions de rentabilité économique viennent percuter les questions du « travail bien fait ».

Soit on continue à penser que la rationalisation du soin est le critère unique d'amélioration du système de santé, soit on admet la coexistence d'autres critères et on considère que le conflit entre ces critères est normal.

Je plaide pour que ce conflit soit clairement institué. Il fait partie intégrante du travail. Il faut des instances où il soit l'objet de discussions sérieuses et de décisions faites de vrais compromis.

Le problème n'est pas l'idée de « rationaliser » l'hôpital, le problème est de nier l'existence d'autres préoccupations toutes aussi « rationnelles » et le déni du conflit que cette coexistence engendre.

PHAR-E : Comment les hospitaliers peuvent-ils aujourd'hui revendiquer cette confrontation sur les critères du « travail bien fait » ?

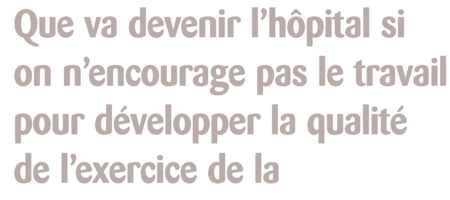
Y. CLOT : La qualité est un sujet passionnant, mais équivoque et ambigu. « Normes de qualité », « procédure qualité », cohabitent avec un « travail de qualité » au sens commun de l'idée de travail bien fait, selon les règles de l'art. Tracer ces règles dans un domaine comme le soin en constante évolution ne pourra pas se passer de la délibération permanente du collectif. Ce collectif, qui n'est pas une collection de personnes accomplissant des scripts, est un instrument de travail, une nécessité.

À l'hôpital comme ailleurs, nombreux sont les professionnels prêts à faire évoluer leur métier. Mais ils ne le feront pas s'ils doivent renoncer à ce qu'ils croient être les règles de l'art. Et ces règles, qui peut mieux les transformer que ceux qui font le travail ?

PHAR-E : Le nouveau « Contrat de clinicien », payé d'emblée près de deux fois l'échelon maximum de la carrière, prétend permettre les recrutements dans les postes difficiles à pourvoir. Le tout assorti d'une injonction directe à produire un « volume » et une « qualité normée ». Cela vous paraît -il une approche sérieuse ou efficace ?

Y. CLOT : À vouloir acheter le conformisme, on trouvera sans doute des gens qui accepteront des compensations financières pour faire un travail qui va à l'encontre de certaines de leurs convictions. Le danger est à moyen terme : il ne faudra pas s'étonner d'avoir des médecins métamorphosés en comptables au lieu de rester comptables du développement d'un métier. Or, l'hôpital public ne survivra pas sans professionnels qui se sentent comptables du développement de leur métier. Et cela ne s'achète pas, mais s'organise, se transmet socialement et se travaille.

> « Que va devenir l'hôpital si on n'encourage pas le travail pour développer la qualité de l'exercice de la médecine ? Un bateau ivre ? Il mérite mieux. »



À lire pour en savoir plus :
*Yves Clot. *Le Travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux.* Éditions La Découverte, 2010.

Le statut de PH temps plein d'octobre 2010 : ce qu'il faut retenir

On nous les avait présentés fin 2009, dans un simulacre de consultation et non dans le cadre de négociations. Ils étaient attendus sans que l'on sache ce qui avait pu être modifié (en fait, rien). Ils sont enfin parus, fin septembre et début octobre 2010. Cinq décrets mettent au goût de la loi HPST les différents statuts de praticiens des établissements publics de santé :



- **Décret n° 2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux hospitaliers.**
- **Décret n° 2010-1142 du 29 septembre 2010 relatif à l'assiette des cotisations de certains membres du corps médical des établissements publics de santé au régime.**
- **Décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010 relatif aux praticiens contractuels, aux assistants, aux praticiens attachés et aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes recrutés dans les établissements publics de santé.**
- **Décret n° 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés.**
- **Décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus.**

La loi HPST est passée par là

Dans tous les champs de notre statut, c'est dorénavant le chef de pôle qui intervient et non plus le chef de service – qui disparaît. Le service, avec son désormais « responsable de service », n'est donc plus qu'une simple structure interne au pôle. L'avis de la CME n'est plus requis que dans les cas de discipline ou d'insuffisance professionnelle, sinon, il est remplacé par le seul avis du président de la CME.
De même, le préfet est remplacé par le directeur général de l'agence régionale de santé, sauf dans le cadre de l'évaluation des aptitudes médicales et du comité médical, où le préfet de département a encore son rôle à jouer.

Une publication des postes vacants, avec profil de poste, sur le site du CNG

Directement accessible sur le site du CNG et systématiquement accompagnée d'un profil de poste (qui devra préciser un éventuel exercice dans plusieurs établissements), la publication des postes vacants sera plus lisible.

À noter cependant que le nombre de tours de recrutement annuels n'est pas précisé, mais il semble difficile d'en envisager plus de deux.
Une liste concernera les postes à recrutement prioritaire, une autre les postes classiques. Le délai de candidature est ramené à 15 jours au lieu des actuelles trois semaines.
À l'issue du tour de recrutement (délai de 15 jours), le directeur général du CNG peut maintenant proposer les postes restés vacants à tout praticien pouvant être PH, cela afin de fluidifier le recrutement. Au total, on peut toujours et tout le temps postuler soit par l'intermédiaire des listes officielles du site du CNG et du tour de recrutement, soit par l'intermédiaire du directeur général du CNG.
Dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) érigé en établissement public de santé, les PH des différents établissements sont renommés par le directeur général du CNG et affectés par le directeur du GCS, toujours sur proposition du chef de pôle et avis du président de la CME.
Le recrutement des PH non statutaires est simplifié à l'extrême et s'effectue dorénavant uniquement par le directeur de l'établissement, sur proposition du chef de pôle et avis du président de CME. L'affectation des praticiens statutaires, temps plein et temps partiel, relève de la même procédure, la nomination restant du ressort du directeur

général du CNG et, dorénavant, même pour les PH psychiatres qui, jusqu'à présent, restaient nommés par le ministre.

Les postes à recrutement prioritaire

Pour ces postes, le contrat d'engagement à servir demeure et évolue : dorénavant un PH pourra bénéficier de plusieurs engagements à servir dans sa carrière, à condition de changer d'établissement à chaque fois. De quoi favoriser, dans une certaine mesure en quelque sorte, la médecine foraine… !
Les praticiens relevant d'un contrat de « clinicien hospitalier » peuvent être nommés sur ces postes, avec un contrat précis. Ils sont recrutés et affectés directement par le directeur de l'EPS sur proposition du chef de pôle (si possibilité il y a) et après avis du président de la CME. Un PH titulaire peut être détaché sur ce nouveau statut.
La rémunération des cliniciens hospitaliers comporte une part fixe et une part variable selon l'atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs d'activité, la totalité ne pouvant dépasser le 13e échelon plus 65 %, soit 12 229,17 € mensuels, incluant la participation à la permanence des soins. Les cliniciens hospitaliers bénéficient du repos quotidien au lendemain d'une garde ou d'une astreinte, de la même manière qu'un PH. La protection sociale n'est que celle minimale de la Sécurité sociale ; la caisse de retraite complémentaire est l'IRCANTEC.
Le contrat est conclu pour une durée de trois ans, avec une éventuelle période d'essai de deux mois, et ne peut être renouvelé qu'une fois. Le directeur de l'EPS a un droit de suspension directe des activités du clinicien hospitalier, mais pour une période maximale de deux mois. Enfin, le clinicien hospitalier peut être chef de pôle.

Mise à disposition avant mutation, période probatoire, réintégration après congés maladie

La procédure de mise à disposition avant mutation est incorporée dans le statut, et donc facilitée, avec précision du contenu de la convention entre les établissements concernés. Pour tous les nouveaux PH, à l'exception des praticiens hospitaliers universitaires, la période probatoire est maintenue à un an d'exercice effectif des fonctions. Pour leur titularisation, ce n'est qu'en cas de divergence entre les avis motivés du chef de pôle, du président de la CME et du directeur de l'EPS que la commission statutaire nationale est convoquée.
À l'issue d'un congé maladie, d'un congé de longue maladie, d'un congé de longue durée ou encore d'un congé pour accident de travail/maladie professionnelle, si le praticien n'a pas pu être réintégré à son poste ou à un autre poste dans l'établissement ou le territoire de santé, il est réintégré en surnombre (rémunération par le CNG, un an maximum).

Quelques points de rémunération

Il est très nettement précisé (enfin !) que les émoluments mensuels ne peuvent être versés que sur services attestés par le tableau de services validé par le chef de pôle.
L'élargissement de l'assiette de cotisations IRCANTEC, issu du protocole de juillet 2010, est intégré dans le statut.
Les indemnités d'exercice multiétablissement et celles d'activité sectorielle de liaison sont versées dans des conditions totalement superposables à celles des indemnités d'engagement de service public exclusif :

- maintien durant la totalité des congés annuels, des congés RTT, des congés de récupération, des congés de maternité, d'adoption et de paternité ;
- en revanche, versement pendant une période de trois mois seulement lors de congé maladie, de congés de longue maladie et de congés maladie de longue durée, sauf en cas de congés pour accident de travail/maladie professionnelle où cette période est prolongée à six mois.

Pendant les congés pris dans le cadre du CET, ces trois types d'indemnités peuvent « le cas échéant » n'être versées que pendant une période de trois mois, sans que soit explicitée cette notion de cas échéant.
L'indemnité d'engagement de service public ne peut être versée qu'à des PH nommés à titre permanent. Ainsi, les chefs de clinique nouvellement nommés PH n'en bénéficient plus pendant leur période probatoire, au même titre d'ailleurs qu'ils ne peuvent plus exercer d'activité libérale hospitalière.
Les PH à temps réduit peuvent maintenant exercer une activité rémunérée extérieure (salariée ou libérale) à leur établissement, mais après avis de la commission de déontologie. De même les PH démissionnaires peuvent exercer une activité rémunérée après avis de la même commission dans le même territoire de santé.

Notre statut devient de plus en plus précis et complexe, et s'évertue à ne pas laisser plusieurs interprétations possibles. À la fois tant mieux, mais aussi tant pis, car cela contribue à diminuer la souplesse que l'on voulait lui insuffler d'un autre côté. Par ailleurs, une fragilisation s'installe à petits pas… En conclusion, le statut ne devient pas plus attractif pour un jeune et n'améliore pas la morosité ni la démotivation régnant au sein de nos établissements.
Le statut mis à jour est téléchargeable sur le site du SNPHAR-E (www.snphar.com).

Jean GARRIC, adminsitrateur

Le SNPHAR-E à la rencontre des sénateurs

Dans les semaines précédant le vote sur la réforme des retraites, le SNPHAR-E s'est mobilisé pour rencontrer les élus et leur exposer la réalité de la pénibilité liée à la permanence des soins à l'hôpital.

Informer les politiques de la situation de terrain

Les « remontées » du terrain sont utiles aux élus, afin de légiférer sur du concret, même si tout n'est pas possible immédiatement. Ainsi, Bruno Gilles précise que ses échanges avec le vice-président du SNPHAR-E l'ont persuadé que le rythme de travail des médecins hospitaliers dans le cadre de la permanence de soins comportait des risques pour leur santé et pour celle des patients. Les informations apportées par les représentants syndicaux du monde hospitalier ont conforté la vision de Jacky Le Menn sur les conditions de travail des acteurs hospitaliers, paramédicaux et médicaux, notamment concernant la problématique du travail de nuit liée à la permanence des soins.
Des élus bien au fait, donc, de la nécessité de protéger directement la santé des médecins et, indirectement, celle des patients dont ils ont la charge. Une thématique aujourd'hui de plus en plus régulièrement abordée dans les conférences internationales.

Quel est votre sentiment sur la prise en compte de la pénibilité du travail des médecins assurant la permanence des soins ?

Les réponses de Dominique Leclerc

Je suis convaincu que le rôle du Parlement n'est pas de rentrer dans le détail de la prise en compte de la pénibilité on nous reproche déjà souvent de trop légiférer… En revanche, et c'est une première dans notre pays, un pas a été fait avec la reconnaissance de la pénibilité instantanée pour les personnes ayant 20 % d'invalidité. D'année en année, ce droit devra évoluer par rapport à la réalité des situations. Sans présumer de la façon dont la pénibilité différée serait prise en compte, établir un référentiel, une grille commune, pourrait certainement être utile. À ce titre, le « *curriculum laboris* », répertoriant le travail de nuit ou les rythmes décalés au cours d'une carrière, est une bonne idée. Maintenant que la décision politique a été prise, c'est du monde du travail que les évolutions doivent partir. Si la problématique de la relation des citoyens avec le travail ne se règle pas au travers d'une loi, les lois peuvent néanmoins inciter à mettre en œuvre un certain nombre de mesures, par corps, selon les conventions collectives et les relations au sein des entreprises. La suite est donc entre les mains des partenaires sociaux et ce que deviendra cette impulsion politique dépendra du dialogue social dans les entreprises, dans toutes les entreprises, y compris « l'entreprise hôpital ».

> « Pénibilité : la suite est entre les mains des partenaires sociaux »

À votre avis, pourquoi seuls les médecins libéraux ont-ils obtenu le maintien d'une retraite à 65 ans sans décote ?

Les réponses de Bruno Gilles

La retraite des médecins libéraux a été maintenue à 65 ans sans décote. Tous les professionnels de santé libéraux sont régis par un système particulier : en 1962, pour les inciter à entrer dans un cadre conventionnel, l'État a créé un régime de retraite optionnel par capitalisation, l'avantage social vieillesse (ASV), devenu obligatoire en 1975. Ce système est différent du régime général ; ainsi, il ne prend pas en compte la durée d'assurance (le nombre de trimestres qui entre en ligne de compte), mais une décote qui s'applique pour tout départ à la retraite avant 65 ans. Aujourd'hui, certains crient à l'iniquité. Mais personne ne s'insurgeait quand ces professionnels devaient travailler jusqu'à 65 ans alors que l'âge légal de la retraite était fixé à 60 ans. Avec la réforme des retraites, un médecin salarié pourra partir à 62 ans à taux plein s'il a tous les trimestres nécessaires. Mais au même âge, un médecin libéral ayant ces mêmes trimestres, subira, lui, une décote (par exemple, de 15 % pour un départ à 62 ans). Si iniquité il y a, elle n'est pas là où l'on croit. C'est pourquoi j'ai déposé un amen-

« L'accréditation est gage d'autonomie »

En septembre 2010, le Pr Jacques Fusciardi est devenu le président du Collège français d'anesthésie et de réanimation (CFAR), organisme créé en 1994 et agréé par la HAS pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), la formation médicale continue (FMC) et la procédure d'accréditation volontaire.

PHAR-E : Le développement professionnel continu (DPC) est un nouveau concept de la loi HPST de juillet 2009. Comment le CFAR se prépare-t-il à sa mise en place ?

Pr J. FUSCIARDI : La loi prévoit plusieurs manières de remplir l'obligation de DPC. Les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) sont particulièrement concernés par deux d'entre elles : l'EPP jointe à une action de FMC sur un même thème (et *vice et versa*) et l'accréditation. Le CFAR a depuis longtemps mis en place des programmes d'EPP clés en main ; il en existe aujourd'hui une trentaine. Il est également organisme agréé pour piloter l'accréditation. Nous attendons maintenant les décrets d'application de la loi HPST pour proposer des programmes de DPC à tous les anesthésistes-réanimateurs. Cela nécessitera de nouveaux moyens.

PHAR-E : Lesquels ?

Pr J. FUSCIARDI : L'espace du Collège doit évoluer. À commencer par nos locaux qu'il faudra étendre. C'est



---

dement auprès de la commission des affaires sociales supprimant l'article additionnel introduit par l'Assemblée nationale tendant à repousser l'âge de la retraite sans décote des libéraux à 67 ans. Mon amendement a été adopté à l'unanimité des commissaires.

En l'état actuel de l'hôpital public en général et du statut de PH en particulier, pensez-vous que la carrière de médecin hospitalier soit encore attractive pour des jeunes ?

Les réponses de Jacky Le Menn

Les difficultés des conditions de travail de certains médecins hospitaliers, notamment dans les blocs opératoires, sont bien réelles, et on comprend que, même avant 60 ans, on puisse être épuisé par les gardes successives, les astreintes et leurs réveils la nuit, les alternances entre travail de nuit et de jour, même avec le repos de sécurité. Je pense notamment à tous les centres hospitaliers généraux où il est très souvent impossible, faute de praticiens en nombre suffisant, de monter des tableaux de gardes avec un rythme suffisamment espacé. Si la mutualisation des moyens humains entre différents hôpitaux de proximité est envisageable, elle n'est pas toujours tenable en pratique et sur le long terme. Les communautés hospitalières de territoires créées par la loi HPST visent à donner cette possibilité, mais il s'agit alors de fonctionner avec des « individus-éléments » passant d'un service à l'autre, sans notion d'équipe médicale/paramédicale : or, ce sont d'équipes soudées dont nous avons besoin.

Dans le secteur public, encore moins qu'ailleurs, l'argent n'est pas le moteur de la motivation des personnels. Les praticiens qui restent dans le public le font au nom de valeurs qui sont toutes autres, comme en particulier la volonté de servir l'intérêt général ou celle de faire du « bon travail », en équipe. *A contrario*, ce sont les conditions de travail qui poussent à en partir ou n'incitent pas à y entrer. Si ces conditions de travail ne s'améliorent pas, la fonction de PH ne sera plus attractive et le départ des médecins vers le secteur privé accentuera les déserts médicaux que nous connaissons déjà.

Lors de la discussion en procédure accélérée du projet de loi de réforme des retraites, Jacky Le Menn a présenté au Sénat plusieurs amendements concernant les PH, notamment l'un visant à permettre qu'à partir de 60 ans le praticien hospitalier, usé physiquement par le travail de nuit – lequel peut représenter cinq années sur l'ensemble d'une carrière – ne puisse se voir imposer de travailler la nuit. Bruno Gilles en a fait autant, proposant que les heures cumulées sur les comptes épargne-temps des intéressés puissent être utilisées notamment pour « une cessation progressive d'activité ».

En raison de la procédure du « vote bloqué », ces amendements n'ont fait l'objet ni de discussion, ni de vote en séance.

*Bruno GILLES est sénateur des Bouches-du-Rhône (UMP), membre de la commission des affaires sociales.
Dominique LECLERC est sénateur d'Indre-et-Loire (UMP), rapporteur de la commission des affaires sociales.
Jacky LE MENN est sénateur d'Ille-et-Vilaine (groupe socialiste), membre de la commission des affaires sociales

déjà prévu, en relation avec la SFAR avec qui nous partageons depuis toujours des locaux. Il faudra aussi étoffer notre équipe de permanents (aujourd'hui au nombre de deux). Ils jouent un rôle majeur dans la coordination des actions et dans l'aide apportée aux adhérents, notamment au cours de la procédure d'accréditation. Enfin, les statuts doivent être adaptés aux nécessités administratives résultant de ces évolutions.

PHAR-E : Dans les hôpitaux publics, le DPC sera piloté localement par les CME. Comment le CFAR peut-il s'inscrire dans ce schéma ?

Pr J. FUSCIARDI : La problématique se posait déjà pour la FMC et l'EPP. Avec le DPC, il persiste deux niveaux d'entrées : les CME et les collèges professionnels.
Aujourd'hui, nous devons prendre en compte les intérêts immédiats des anesthésistes-réanimateurs en leur offrant un système simple à manier. Il faut surtout leur offrir des interlocuteurs qui soient des professionnels de terrain connaissant les difficultés de la discipline. C'est le point fort de notre organisation. Notre exigence qualité est bien connue. Elle est de nature à drainer vers le CFAR les médecins qui ont une haute idée de la progression professionnelle et de la qualité des prestations qu'ils offrent. Une CME fonctionne avec des experts venant d'autres disciplines qui n'auront pas la possibilité de dialoguer et d'échanger sur un même plan professionnel, comme le font des experts du CFAR avec leurs collègues.

> « Il faut offrir aux MAR des interlocuteurs qui soient des professionnels de terrain, connaissant les difficultés de la discipline. »

PHAR-E : Quels sont les enjeux de votre mandature ?

Pr J. FUSCIARDI : Le CFAR a un objectif immédiat : élaborer au cours de l'année 2011 un programme de validation du DPC proposable à tous les anesthésistes-réanimateurs, quels que soient leur type et leur mode d'exercice. Le DPC sera obligatoire fin 2012. Ensuite, notre ambition est d'imprégner l'enseignement de la spécialité, dès la première année de l'internat, d'une culture d'amélioration continue des pratiques professionnelles, d'autoévaluation et de gestion des risques. Le Collège doit ainsi s'ouvrir davantage aux internes afin que les pratiques futures des jeunes générations intègrent naturellement ces principes dans la vie professionnelle. C'est un axe de travail important. Et puis, j'aimerais que le Collège parvienne à simplifier les procédures et à délocaliser l'information et la formation. Il faut profiter, par exemple, d'un certain nombre de réunions de FMC nationales ou régionales pour créer des ateliers afin de montrer aux anesthésistes-réanimateurs comment entrer dans la démarche d'accréditation.

PHAR-E : Si les établissements sont les financeurs du DPC, quelle sera la place pour l'autonomie du praticien ?

Pr J. FUSCIARDI : Nous observons une tendance des pouvoirs publics à vouloir diriger les formations médicales vers des problématiques qui touchent, par exemple, au financement de la santé ou à d'autres domaines qui ont, parfois, un intérêt relatif pour un professionnel.

À cet égard, il faut défendre l'autonomie de formation du praticien. Les médecins anesthésistes-réanimateurs ne comprendraient pas ne plus pouvoir choisir ce qui est nécessaire à l'amélioration de leurs pratiques et de leurs connaissances. La liberté de choix des collègues et celle de la discipline ne sauraient être remises en cause. L'accréditation est d'ailleurs un gage d'autonomie, puisque le médecin reste libre de choisir l'événement porteur de risques qu'il souhaite déclarer, ainsi que les actions de formation et d'évaluation qu'il souhaite y adosser. Le rôle du CFAR est de l'y aider.

Propos recueillis par Alexandre DHORDAIN

Le chiffre

Le CFAR compte 2 500 membres, dont 1 500 inscrits dans la procédure d'accréditation.

Le CFAR, comment ça marche ?

Toutes les composantes de l'AR sont représentées dans le Collège.
La SFAR – qui est l'instance scientifique et organisationnelle des bonnes pratiques – et le Collège des enseignants d'anesthésie réanimation, responsables de la formation initiale constituent la gouvernance scientifique du directoire.
À côté, une gouvernance professionnelle regroupe les deux formes d'exercice de l'anesthésie-réanimation : le libéral, avec le SNARF, et le public, avec le SMARNU et le SNPHAR-E (dont 3 membres du bureau sont au directoire du CFAR).

LE CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS

1 Bd de l'hôpital – 58000, Nevers

http://www.ch-nevers.fr/

RECHERCHE

PRATICIEN EN ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION OU RÉANIMATION MÉDICALE

Réanimation de 12 lits. Echographe. Six postes de PH, 2 internes de spécialité.
Hôpital pivot de la Nièvre datant de 2003, 414 lits MCO.
TDM, IRM, coroH24, mat niveau 2b,
Cadre de vie agréable à 2h de Paris.
Organisation en temps continu, plages additionnelles payées

RECHERCHE POUR DEBUT 2011

PH TEMPS PLEIN POUR LA RÉANIMATION POLYVALENTE

(possibilité de chefferie de service)

Informations de contact
- Dr JP Caramella, Réanimateur, chef du Pôle
Tel : 03 86 93 72 45 ou 72 44 - jeanphilippe.caramella@ch-nevers.fr
- Mme E Poupet, DRH -
Tel :03 86 93 70 40 - evelyne.poupet@ch-nevers.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE CANNES

Alpes-Maritimes (06)

830 lits
Plateau technique performant : I.R.M, scanner
activités MCO – S.M.U.R

Nouvel Hôpital : ouverture 1er semestre 2011

LE POLE ANESTHÉSIE-RÉANIMATION-BLOC OPÉRATOIRE

RECHERCHE

UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR OU UN RÉANIMATEUR POSTE TEMPS PLEIN

RÉANIMATION POLYVALENTE : 10 lits
SURVEILLANCE CONTINUE : 4 lits

CHIRURGIES : Digestive, urologique, vasculaire, orthopédique, ophtalmologique, O.R.L, obstétrique, stomatologie

Renseignements : Dr Lemarchand 04 92 18 54 35 / 04 92 18 67 38
e.lemarchand@ch-cannes.fr
Candidature et CV :
Monsieur le Directeur Centre Hospitalier de Cannes
15 avenue des Broussailles - 06401 CANNES CEDEX
04 93 69 70 01 - 04 93 69 70 69 - direction@ch-cannes.fr

AGENDA DU CA

Novembre 2010

Mardi 2	Bureau du CFAR (Paris)
Jeud 4	Conseil d'administration de l'INPH
Jeudi 18	Réunion intersyndicale IADE
Vendredi 19	Réunion du conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)
Jeudi 25	Réunion intersyndicale CPH-INPH : avenir de l'intersyndicalité
Lundi 29	Réunion CNAMTS CCAM anesthésie

Décembre 2010

Lundi 6	Commission statutaire nationale : anesthésie-réanimation (CNG Paris)
Jeudi 16	Réunion du directoire du CFAR
Vendredi 17	Réunion du conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)

Janvier 2011

Jeudi 13	Réunion du conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)
Vendredi 14	**Assemblée générale du SNPHAR-E : renouvellement du conseil d'administration (Paris, HEGP)**
Lundi 24	Conseil d'administration de l'INPH
Jeudi 27	Réunion intersyndicale CPH-INPH : avenir de l'intersyndicalité

Février 2011

Jeudi 3	Réunion CNAMTS CCAM anesthésie
Vendredi 4	Réunion du conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)
Vendredi 11	Séminaire du CFAR
Samedi 12	Séminaire du CFAR
Jeudi 17	Réunion du conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)



LE CENTRE HOSPITALIER DE VANNES (MORBIHAN)

RECHERCHE

2 PRATICIENS ANESTHÉSISTES

Pour rejoindre l'équipe composée déjà de 15 praticiens

Adresser candidature à :
Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier
Bretagne Atlantique
20 Bd Général Maurice Guillaudot
BP 70555
56017 VANNES CEDEX

Pour tout renseignement contacter :
Dr Philippe LE ROUX, chef de service, au 02 97 01 41 76
Mme Catherine ROSSIGNOL, Directrice des Affaires Médicales, au 02 97 01 45 06

LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRÉTEIL

RECHERCHE

UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

(16000 actes en 2009).
Poste à pourvoir immédiatement pour compléter une équipe de 16 praticiens temps plein.
524 lits actifs, Maternité niveau III
3000 accouchements.
Anesthésie pédiatrique

Candidatures à adresser à la Direction des Ressources Humaines
Melle LAUMONNIER, Responsable des Affaires Médicales
marion.laumonnier@chicreteil.fr

CENTRE HOSPITALIER D'ALBI

Service d'Anesthésiologie
Situé à 45 min de Toulouse

RECRUTE

SON 7ÈME ANESTHÉSISTE

Temps plein ou temps partiel
Garde sur place

Contacts : CH ALBI
- Docteur Jacques BRISSAT, chef de service, 05 63 47 43 72
- Mme VAISSIERE, Directrice des Ressources Humaines, 05 63 47 43 10 mariegabrielle.vaissiere@ch-albi.rss.fr

CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE

1 h de Lyon-Grenoble – 2 h de Marseille

RECHERCHE

ASSISTANT SPÉCIALISTE OU PRATICIEN CONTRACTUEL

(Possibilité création poste de PH)

POUR LE SERVICE DE RÉANIMATION ET L'UNITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE

Possibilité recrutement en anesthésie avec gardes en réanimation ou inversement

Equipe de 6 Praticiens Hospitaliers

- 12 lits de réanimation avec projet d'extension à 16 lits et 8 lits de soins continus
- Plateau technique performant : scanner, IRM, cardiologie interventionnelle, UNV
- 55 900 passages aux urgences - SAMU-SMUR
- sur place : obstétricien, pédiatre, cardiologue, radiologue, réanimateur, anesthésiste
- Toutes spécialités chirurgicales

Pour tous renseignements contacter :
- Dr Patrice FERNANDEZ, Chef de Service - Tel : 04 75 75 88 52
- Mme GRESLON – Affaires médicales - Tel : 04 75 75 72 66
- Mail : direction@ch-valence.fr
- 179 boulevard Maréchal Juin – 26953 VALENCE Cedex 9



LE CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉGION D'ANNECY

1 avenue de l'hôpital - 74370 METZ TESSY
www.ch-annecy.fr

Nouvel établissement de 2008
614 lits et places de MCO, 15 000 actes/an,
14 salles de BO
1 site d'endoscopie, toutes chirurgies dont chirurgie cardiaque et neuro-chirurgie
Maternité niveau 2 – 2600 accouchement/an

RECHERCHE POUR DEBUT 2011

PRATICIENS CONTRACTUELS EN ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION

Sur postes de PH prochainement vacants
Pour compléter une équipe de 16 PH

Contacts :
Dr Emmanuelle GROSPERRIN : 04 50 63 60 28
egrosperrin@ch-annecy.fr
DRH – Affaires médicales : 04 50 63 62 03
mpoillot@ch-annecy.fr

LE CENTRE HOSPITALIER D'AVRANCHES-GRANVILLE (50 BASSE-NORMANDIE)

Baie du Mont Saint Michel - Proximité mer et port de plaisance (Granville)

RECRUTE

2 MÉDECINS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS - TEMPS PLEIN (POUR COMPLÉTER UNE ÉQUIPE DE 5 PRATICIENS)

- Activité diversifiée, site de chirurgie conventionnelle et ambulatoire distincts
- Garde sur place, repos de sécurité
- plateaux techniques neufs et modernes
- Activité polyvalente, maternité niveau 2 b (env. 1200 naissances/an)
- Service de réanimation et USI (12 lits) - gardes séparées.

Contacts et candidatures
- Dr TURGIS Silvia (Chef de service) - Service Anesthésie - Réanimation
59 rue de la liberté - 50300 AVRANCHES
Tél. : 02 33 89 41 40 ou emilie.lelievre@ch-avranches-granville.fr
- Melle CHARLET Nathalie - Direction des Affaires médicales - 849 rue des Menneries - 50400 GRANVILLE
Tél. : 02 33 91 50 20 ou nathalie.charlet@ch-avranches-granville.fr

URGENT – YERRES (91)

RECH. ANESTHÉSISTE

Clinique privée 153 lits
urgences réa soins cont.
Chir géné et spé
Exercice libéral
rh@hpvy.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE VITRE

établissement de 420 lits, comportant les services suivants : urgences (avec SMUR et UHCD), surveillance continue, chirurgie, maternité, médecine, long séjour, SSR, EHPAD

situé dans une agglomération touristique, gare SNCF, à 30min. de Rennes, TGV pour Paris 2h

RECRUTE

UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

au sein d'une équipe comprenant 5 ETP
Poste à temps plein à pourvoir dès que possible

Adresser candidature (lettre de motivation et CV) à :
Monsieur le Directeur - 30, route de Rennes - B.P. 90629 - 35506 VITRE Cedex

Pour tout renseignement complémentaire contacter :
Monsieur GROHEUX, Directeur - ☎ 02 99 74 14 05 - 02 99 74 14 00 - direction@ch-vitre.fr

LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE FRÉJUS SAINT-RAPHAEL

RECRUTE

UN PRATICIEN HOSPITALIER EN RÉANIMATION

(poste d'assistant possible avec transformation),

Profil D.E.S anesthesie-reanimation ou D.E.S.C. reanimation medicale.
Équipe de 5 PH, 1 interne des et ½ vacataire.
Service de 12 lits (8 rea et 4 sc).
Plateau technique complet

merci d'envoyer un c-v par mail :
kaidomar-m@chi-frejus-saint-raphael.fr

Composition du conseil d'administration

Présidente *Commission nationale statutaire* *Commission de discipline*	**Nicole SMOLSKI** Hôpital de la Croix Rousse – SAR 103 Grande Rue de la Croix Rousse 69317 Lyon Cedex 04	04 72 07 10 17 06 88 07 33 14	Fax : 04 72 07 18 96 nicole.smolski@snphar.fr
Vice-Président *Groupe communication, Facebook* *SNPHAR-E, communication auprès des médecins en formation* *IADE, permanence des soins*	**Bertrand MAS** Hôpital de la Timone Dépt d'A-R Pédiatrique Bd Jean Moulin 13385 Marseille Cedex 5	04 91 38 68 47 06 62 00 60 11	Fax : 04 91 38 50 33 bertrand.mas@snphar.fr
Secrétaire général *Groupe Communication* *Site web snphar.com* *Newsletter*	**Yves RÉBUFAT** Hôpital G & R Laënnec – SAR Bd Jacques Monod 44093 Nantes Cedex 1	02 40 08 33 33 06 86 87 62 76	yves.rebufat@snphar.fr
Trésorier *Contentieux, retraites, e-vote, commission nationale statutaire, commission de discipline*	**Patrick DASSIER** HEGP – SAR 20 rue Leblanc 75908 Paris Cedex 15	01 56 09 23 16 06 03 69 16 63	Fax : 01 56 09 22 20 patrick.dassier@snphar.fr
Trésorier adjoint *Président de la FEMS*	**Claude WETZEL** Hôpital Hautepierre – SAR av. Molière 67098 Strasbourg Cedex 02	03 88 12 70 77 06 60 55 56 16	Fax : 03 88 12 70 74 claude.wetzel@snphar.fr
Secrétaire général adjoint *FMC-DPC* *FMI* *Veille syndicale*	**Véronique AGAESSE** CHU d'Amiens – Centre St Victor – SAR 354 bd de Beauville 80000 Amiens	03 22 82 40 00 06 33 63 20 62	veronique.agaesse@snphar.fr
Secrétaire général adjoint *Communication, souffrance au travail, Vie professionnelle, commission statutaire nationale, commission de discipline*	**Max-André DOPPIA** CHU Côte de Nacre – PAR av. Côte de Nacre 14033 Caen Cedex 9	02 31 06 31 06 06 83 37 62 64	Fax : 02 31 06 53 81 max-andre.doppia@snphar.fr
Secrétaire Général Adjoint *Groupe communication* *Observatoire souffrance au travail* *veille syndicale*	**Laurent HEYER** Hôpital Lariboisière – SAR 2 rue Ambroise Paré 75475 Paris Cedex 10	06 31 18 57 61	Fax : 01 49 95 82 12 laurent.heyer@snphar.fr
Délégué général de l'INPH *INPH, fichier, textes officiels, retraites, administrateur CNG, veille syndicale, FAQ*	**Jean GARRIC** Hôpital Central – SAR 29 av. du Mal de Lattre de Tassigny 54035 Nancy Cedex	03 83 85 20 08 06 07 11 50 13	Fax : 03 83 15 48 55 jean.garric@snphar.fr
Administrateur *Retraites, urgences, représentation des médecins non-AR, relation avec les universitaires, newsletter, extension SNPHAR-E*	**Raphaël BRIOT** Centre Hospitalier Universitaire SAMU 38 – Pôle Urgences Samu Smur CHU GRENOBLE 38043 Grenoble Cedex 09	04 76 63 42 86 06 81 92 31 42	raphael.briot@snphar.fr
Administrateur *INPH, contentieux* *commission nationale statutaire* *commission de discipline*	**Michel DRU** Centre Hospitalier Henri Mondor – SAMU 94 51 av. de Lattre de Tassigny 94010 Créteil cedex	01 45 17 95 00 06 73 98 08 52	Fax : 01 45 98 04 00 michel.dru@snphar.fr
Administrateur *FMC-DPC, comptes-rendus du CA, veille syndicale, newsletter*	**Catherine FLEUREAU** Hôpital Sud – SAR2 av. Magellan 33604 Pessac	05 56 79 56 79 06 22 21 62 95	catherine.fleureau@snphar.fr
Administrateur *Relations avec le CNOM* *Restructurations hospitalières, relations avec les délégués,* *Veille syndicale*	**Jean-Luc GAILLARD-REGNAULT** Hôpital Jean Verdier – SAR av. du 14 juillet 93140 Bondy	01 48 02 66 93 06 71 14 74 72	Fax : 01 48 02 60 06 jean-luc.gaillard@snphar.fr
Administrateur *Groupe communication* *PH temps partiel, qualité et organisation du bloc, veille syndicale, newsletter*	**Louise GOUYET** Hôpital Trousseau – SAR 26 av. du Dr. Arnold Netter 75571 Paris Cedex 12	01 71 73 89 60 06 11 94 77 20	louise.gouyet@snphar.fr
Administrateur *Groupe communication, observatoire souffrance au travail, veille syndicale*	**Pascal MÉNESTRET** Hôpital de Ponchaillou – SAR Rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 9	02 99 28 91 53 06 62 81 87 51	pascal.menestret@snphar.fr
Administrateur *Groupe communication, webmaster, veille syndicale newsletter, FAQ, e-vote*	**Jacques RAGNI** Hôpital Salvator (Hôp. Sud) – ViGeRiS 249 bd. de Sainte Marguerite 13274 Marseille Cedex 9	04 91 74 42 80 06 82 35 77 16	Fax : 04 91 74 42 97 jacques.ragni@snphar.fr
Administrateur *Groupe communication, coordonateur livre SNPHAR, commission nationale statutaire, commission discipline, T2A valorisation en anesthésie, FEMS*	**Didier RÉA** Hôpital de la Source – SAR 14 av. de l'Hôpital 45032 Orléans Cedex 1	02 38 22 96 08 06 75 02 32 23	Fax : 02 38 51 40 80 didier.rea@snphar.fr
Administrateur *Groupe communication, IADE, périnatalité, gouvernance, coordonateur livre SNPHAR*	**Richard TORRIELLI** Hopital Pellegrin – SAR Place Amélie Raba-Léon 33076 Bordeaux Cedex	05 56 79 55 94 06 07 13 75 66	richard.torrielli@snphar.fr